

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1911-1912. — N° 44.

DES
SUPPURATIONS DE LA FOSSE ILIAQUE
D'ORIGINE PROSTATIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 16 décembre 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Fernand GALOU

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né à Nairillac (Lot), le 31 août 1886.



A. MALOINE, ÉDITEUR

6, RUE DE LA CHARITÉ

LYON

25, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

PARIS

1911

DES
SUPPURATIONS DE LA FOSSE ILIAQUE
D'ORIGINE PROSTATIQUE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1911-1912. — N° 44.

DES
SUPPURATIONS DE LA FOSSE ILIAQUE
D'ORIGINE PROSTATIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 16 décembre 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Fernand GALOU

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né à Nairillac (Lot), le 31 août 1886



A. MALOINE, ÉDITEUR

6, RUE DE LA CHARITÉ

LYON

25, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

PARIS

1911

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
COURMONT (J.) ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVÉAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE
LÉPINE, PIERRET.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales		ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements		BARD.
Clinique ophtalmologique		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		JABOULAY.
Clinique des maladies mentales		FABRE.
Clinique des maladies des enfants		ROLLET.
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS.
Physique médicale		X.
Chimie médicale et pharmaceutique		WEILL
Chimie organique et Toxicologie		POLLOSSON (A.).
Matière médicale et Botanique		CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		HUGOUNENQ.
Anatomie		MOREL.
Anatomie générale et Histologie		BEAUVISAGE.
Physiologie		GUIART.
Pathologie interne		TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales		RENAUT.
Anatomie pathologique		MORAT.
Médecine opératoire		COLLET.
Médecine expérimentale et comparée		COURMONT (P.)
Médecine légale		PAVIOT.
Hygiène		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique		X.
Pharmacologie		LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
		PIC.
		FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrégé.
Propédeutique chirurgicale	BERARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOYE-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Matière médicale	MOREAU,	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD,	—
Clinique infantile	MOURIQUAND.	—

AGRÉGÉS

MM. SAMBUC,	MM. J. LEPINE.	MM. LATARJET.	MM. MOURIQUAND.
REGAUD.	LESIEUR.	BRETIN.	ARLOING (F.).
COMMANDEUR.	MARTIN (Et.).	LERICHE.	GUILLEMAND.
GAYET.	LAROYENNE.	THEVENOT.	
NEVEU-LEMAIRE.	VORON.	TAVERNIER.	
PATEL.	NOGIER.	CADE.	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. ROCHET, Président; VALLAS, Assesseur;
MM. GAYET et THÉVENOT, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible témoignage de ma reconnaissance
et de ma profonde affection.

A MON FRÈRE

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE

A MON ONCLE

A MES PARENTS, A MES AMIS

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROCHET

Chargé de cours à la Clinique des maladies des voies urinaires
Chirurgien en chef de l'Antiquaille

Nous le remercions pour l'amabilité avec laquelle il nous a toujours reçu dans son service et pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant de présider notre thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ THÉVENOT

Nous lui devons l'idée de ce travail et l'observation qui en fait le principal intérêt. Il ne nous a ménagé ni son temps ni ses conseils. Nous sommes heureux de lui exprimer ici notre vive reconnaissance.

A MES MAITRES CIVILS ET MILITAIRES

INTRODUCTION

M. le professeur agrégé Thévenot a eu l'occasion d'observer récemment, dans le service hospitalier de M. le professeur Rochet, un malade atteint de vieilles lésions prostatiques, qui mourut après avoir présenté des symptômes de psoïte. A l'autopsie, on trouva un volumineux abcès collecté dans la gaine du psoas-iliaque, à la face profonde du muscle, entre celui-ci et l'os iliaque. Bien qu'il n'y eut pas de relation directe, apparente entre la prostate et la collection iliaque, l'examen négatif des organes susceptibles d'être incriminés, et en particulier l'intégrité absolue du tissu cellulaire périrénal contraire à l'hypothèse vraisemblable de phlegmon périnéphrétique, permirent d'assigner à cette suppuration une origine prostatique.

M. le professeur agrégé Thévenot a bien voulu nous confier cette observation, que nous croyons unique dans la littérature médicale, pour en faire le point de départ de notre thèse. Nous avons étendu notre étude à toutes les suppurations de la fosse iliaque d'origine prostatique, comprenant ainsi dans le sujet les adénophlegmons iliaques, qui se rapprochent de notre cas par l'évolution, la symptomatologie et le mécanisme pathogénique. Ces adénophlegmons d'origine pros-

tatique sont rares ; nous en rapportons trois observations : l'une, de Desnos, de 1888 ; l'autre de Bazy, de 1893 ; la troisième de Loumeau, de 1899.

Nous ne parlerons que pour mémoire d'un cas rapporté par Segond dans sa thèse (1880), d'abcès périprostatique avec fusée purulente à la région inguinale et ensuite le long du psoas, jusqu'à l'atmosphère cellulaire périrénale. La suppuration, dans ce cas, n'a pas pris naissance dans la fosse iliaque, le pus formé ailleurs ne l'a envahie que secondairement, et c'est là une complication banale qui s'observe dans la plupart des abcès.

CHAPITRE I

CLASSIFICATION ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE DES ABCÈS DE LA FOSSE ILIAQUE

On divise les abcès qui peuvent se développer dans la fosse iliaque, d'après leur siège primitif, en :

- Abcès intra-péritonéaux ;
- Abcès sous-péritonéaux ;
- Abcès sous-aponévrotiques.

Ces derniers, contenus dans la loge du psoas-iliaque peuvent se subdiviser en :

- Abcès situés en avant du muscle ;
- Abcès situés entre le muscle et le périoste.

Les abcès péritonéaux sont des péritonites suppurées, enkystées. Ils succèdent presque toujours à des lésions intestinales : appendice ou cæcum à droite, S iliaque ou côlon à gauche. Les rares cas de péritonite observés à la suite de lésions prostatiques sont des pelvipéritonites, et ne siègent pas à la fosse iliaque.

Les abcès sous-péritonéaux sont fréquents. C'est à

cette classe qu'appartiennent tous les adéno-phlegmons iliaques d'étiologie diverse.

Ces adéno-phlegmons peuvent survenir à la suite d'une lésion de la paroi abdominale, de la verge, mais plus souvent la porte d'entrée de l'infection siège sur le membre inférieur. C'est tantôt une plaie superficielle ou écorchure de la jambe ou du pied : hygroma suppuré, ulcère de jambe ; tantôt une lésion plus profonde : plaie, fracture compliquée de jambe, ou même ostéomyélite aiguë. On a pu quelquefois assister à l'évolution d'une lymphangite, souvent accompagnée d'adénite inguinale et l'étiologie est alors des plus nettes. D'autres fois, l'étape inguinale manque complètement, ou est si légère qu'elle passe inaperçue pour le médecin et pour le malade. Enfin il arrive même que la porte d'entrée est extrêmement petite, négligée et oubliée par le malade, et l'interrogatoire le plus minutieux ne révèle aucune lésion du membre inférieur. Pour expliquer ces adéno-phlegmons iliaques d'emblée, on a invoqué des mécanismes divers : l'infection pourrait arriver par les lymphatiques profonds, mais l'existence de ces lymphatiques profonds aboutissant directement aux ganglions iliaques et décrits par Sappey est controversée par les auteurs modernes, et on admet plus généralement que l'infection suit les voies ordinaires et franchit le relai inguinal sans l'atteindre, ou tout au moins en ne l'atteignant que légèrement, en n'y déterminant que des réactions histologiques à peine visibles échappant facilement à l'examen. De telles anomalies s'observent d'ailleurs dans d'autres régions : c'est ainsi qu'on a observé, par exemple, des adéno-phlegmons sus-clavi-

culaires succédant à une plaie de la main sans que les ganglions de l'aisselle fussent intéressés au moins visiblement.

Si nous avons insisté sur cette marche un peu spéciale de l'infection par les voies lymphatiques, c'est que nous aurons à faire appel à ces notions pour notre pathogénie.

Les observations de Desnos, de Bazy et de Loumeau que nous rapportons rentrent dans cette classe des abcès sous-péritonéaux.

Les abcès sous-aponévrotiques, développés dans la gaine du muscle psoas iliaque, et plutôt à la face antérieure du muscle, forment ce que l'on englobe en général sous le nom de psoïte ou d'iliopsoïte. Il semble bien à l'heure actuelle qu'on doive considérer comme exceptionnelle l'inflammation primitive du muscle, et la psoïte par propagation est la variété la plus commune : psoïte appendiculaire, psoïte puerpérale, etc.

A la face profonde du muscle siègent surtout les abcès consécutifs à des ostéites ou ostéomyélites du bassin. Mais cette étiologie n'est pas exclusive. C'est ainsi que M. Brault a décrit, en 1895, un cas de ce genre. Il s'agissait d'un jeune homme de 19 ans, qui à la suite d'une lymphangite suppurée du mollet gauche, avec hygroma suppuré de la bourse séreuse rétro-talonnière gauche, fut pris brusquement de douleurs vives dans la fosse iliaque gauche, avec formation d'une tuméfaction à la partie inférieure de la fosse iliaque. La température oscille entre 37° et 40° du matin au soir, la cuisse se fléchit peu à peu, sans adduction, ni abduction. La tuméfaction s'accroît et

l'on sent au-dessus de l'arcade crurale une tumeur profonde, bosselée, inégale où la fluctuation n'est pas décelable. Il n'y a rien dans le triangle de Scarpa, ni au pli de l'aîne. Le diagnostic porté d'après la succession des accidents fut celui d'adéno-phlegmon iliaque consécutif à une lymphangite suppurée de la jambe. M. Brault fit l'incision de Cooper et ne trouva rien dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, il dut, pour arriver à la collection inciser le fascia iliaca et le muscle iliaque. La poche contenait un litre de pus, s'étendait entre le muscle et le périoste, qui était intact. La guérison survint assez rapidement.

M. Lejars a observé deux cas semblables par les signes cliniques, la localisation et l'absence de lésion osseuse, mais où l'étiologie reste obscure. Dans l'un d'eux, l'évolution longue et la persistance de la suppuration, malgré une intervention large et un bon drainage rendent l'infection tuberculeuse secondaire probable. Dans l'autre, il s'agissait d'un diabétique et M. Lejars admet que l'origine de l'infection pour ce cas doit être rapportée à l'intestin, vraisemblablement à l'S iliaque, la lésion siégeant à gauche.

Notre observation est à rapprocher de ces trois dernières par le siège de la suppuration, l'intégrité de l'os; elle n'en diffère que par l'étiologie.

La localisation des abcès étant ainsi déterminée, nous dirons quelques mots de leurs caractères.

Le volume est variable, mais en général important, et Loumeau évalue à 1,500 grammes le pus évacué par son intervention.

La cavité est unique, à parois assez régulières et

l'abcès est en général bien délimité, sans qu'on retrouve néanmoins une membrane d'enveloppe.

Les caractères du pus sont ceux d'un adéno-phlegmon : pus épais, verdâtre, bien lié, sans odeur appréciable, se distinguant ainsi des abcès d'origine intestinale d'une fétidité spéciale, du pus d'ostéomyélite, huileux avec de petits séquestres pulvérulents, du pus de phlegmon périnéphrétique à odeur urineuse.

Enfin, nous ferons remarquer que dans notre cas d'abcès sous-musculaire, le muscle était absolument intact.

CHAPITRE II

PATHOGÉNIE — ÉTIOLOGIE

Nous croyons utile de rappeler tout d'abord quelques particularités anatomiques de la fosse iliaque en insistant spécialement sur la disposition du système lymphatique.

Les ganglions qui nous intéressent sont les ganglions iliaques externes. Au nombre de huit à onze, ils s'échelonnent le long des vaisseaux iliaques externes. Les plus inférieurs qui sont les plus importants sont situés immédiatement au-dessus de la portion moyenne de l'arcade crurale et portent le nom de ganglions rétro-cruraux. Sous le nom de chaîne interne des ganglions iliaques externes, Cunéo et Marcile ont décrit un groupe que les classiques rattachent plutôt aux ganglions hypogastriques et qui est situé entre la veine iliaque externe et le trou obturateur, à la limite du bassin et de la fosse iliaque. Ces ganglions ont tendance, lorsqu'ils suppurent, à évoluer vers la fosse iliaque, et ne sont guère accessible par la voie basse, il nous semble donc légitime de les rattacher au groupe des ganglions iliaques externes.

Ces derniers reçoivent un certain nombre de troncs

afférents : nous n'en retiendrons que deux groupes : les lymphatiques de la prostate qui viennent s'y terminer en partie seulement, une partie se rendant aux ganglions hypogastriques, et les lymphatiques du muscle iliaque qui arrivent par la voie circonflexe.

A propos du muscle iliaque, nous rappellerons qu'il ne s'insère pas sur toute la fosse iliaque ; il prend naissance sur les deux tiers supérieurs ; au centre, entre le muscle et l'os, on trouve un tissu cellulaire très lâche et on a signalé quelquefois deux ou trois ganglions à ce niveau. La bourse séreuse du psoas, très voisine ne communique pas cependant à l'état normal avec l'espace celluleux sous-musculaire.

Ces données anatomiques bien que succinctes suffiront croyons-nous, pour comprendre le mécanisme de l'infection dans les cas qui nous occupent.

La première explication qui se présente à l'esprit comme la plus naturelle est celle d'une infection cheminant de proche en proche de la prostate à la fosse iliaque, dans le tissu cellulaire lâche, sous-péritonéal. Ce mécanisme, admis autrefois comme l'unique, semble vrai dans certains cas, par exemple dans l'observation déjà citée de Segond, où l'on trouva à l'autopsie une continuation très nette entre le foyer iliaque et le foyer prostatique. Mais, dans nos observations, on ne saurait admettre cette explication de la fusée purulente, Dans le cas de Desnos, il n'y a pas eu de suppuration dans la prostate ou autour de la prostate, le trajet inguinal est resté intact, enfin la douleur a été très précoce à la région iliaque. La suppuration iliaque a été pour ainsi dire primitive, et Desnos ne

voit d'autre explication qu'une infection lymphatique. Bazy admet comme certaine cette propagation par voie lymphatique ; « Pour le fait que nous rapportons, écrit-il, cette origine ne saurait être douteuse, puisque nous avons assisté à l'évolution de la lésion ; nous avons pu reconnaître l'adénite avant que le pus ne fût formé, nous avons assisté à la formation de la collection, nous avons constaté l'absence de toute suppuration de la prostate et au voisinage de la prostate, au moins au début. »

L'explication donnée par Loumeau est analogue : « Je ne pense pas, dit-il, que l'on puisse comprendre ici la formation du phlegmon iliaque autrement que par une angioleucite propagée de la prostatite suppurée aux ganglions iliaques, angioleucite dont l'empâtement profond révélé par le toucher rectal sur le flanc droit de la prostate, nous traduisait cliniquement l'existence sous la forme d'un gros boudin reliant comme un effet à sa cause la région iliaque à la région prostatique. »

Un argument de grande valeur, en faveur de cette pathogénie lymphatique, nous semble fourni par le fait que certaines lésions prostatiques retentissent d'une façon non douteuse sur les ganglions iliaques externes. Nous voulons parler des cancers de la prostate, qui présentent comme signe à peu près constant et souvent précoce une adénopathie iliaque.

Il semble bien que nous retrouvons ici, pour ces adéno-phlegmons iliaques d'origine prostatique les mêmes particularités que pour les adéno-phlegmons consécutifs à des lésions du membre inférieur. Et si dans le cas de Loumeau, la lymphangite intermédiaire a pu être

constatée cliniquement, pour les autres il n'en est pas de même et ces faits sont comparables à ce que nous avons appelé plus haut des adéno-phlegmons iliaques d'emblée.

Nous pouvons encore rapprocher ces faits de ce qui se passe quelquefois chez la femme. Il paraît en effet démontré que dans l'état puerpéral « des suppurations du tissu cellulaire de la fosse iliaque, avec ou sans psoïte vraie peuvent exister indépendamment de toute lésion du tissu cellulaire du petit bassin et que ces suppurations ont pour origine l'inflammation des ganglions iliaque externes » (Bonvoisin).

Devons-nous, pour notre observation, incriminer également l'infection par voie lymphatique ? Nous croyons que oui. Ce qui rend l'explication un peu difficile, c'est d'abord la localisation profonde, sous-musculaire de l'abcès, ensuite l'intégrité apparente des ganglions iliaques dans notre cas. On ne peut pas invoquer le simple saut signalé par Després, pas davantage une infection rétrograde. Il ne reste qu'une hypothèse : l'infection qui saute des groupes ganglionnaires, qui redescend parfois le cours de la lymphe, ne peut-elle pas se réfléchir au niveau des ganglions et remonter vers les sources d'autres lymphatiques afférents ? Les ganglions iliaques externes seraient ici le trait d'union, l'anneau de la chaîne. Ils reçoivent à la fois les aboutissants de la prostate et les lymphatiques circonflexes iliaques qui desservent la région qui a suppuré. L'infection venue de la prostate est allée sans s'arrêter aux ganglions iliaques, contaminer les origines d'une voie afférente. Ce fait jusqu'à un certain point peut être

comparé à ce que Troisier a démontré pour les ganglions sus-claviculaires dans le cancer stomacal. La seule différence c'est que dans ce dernier cas la lymphe cancéreuse se réfléchit du canal thoracique vers les ganglions, au lieu de partir de ceux-ci pour aboutir aux sources de lymphatiques afférents. C'est là, nous semble-t-il l'explication la plus plausible. C'est celle donnée par Brault pour l'observation citée plus haut, qui ne diffère de la nôtre que par la porte d'entrée de l'infection.

Nous serons bref sur l'étiologie. Il semble que toutes les lésions infectieuses de la prostate, suppurées ou non, peuvent donner lieu à ces abcès à distance.

La blennorrhagie, qui est sans conteste la cause la plus fréquente des prostatites aura tout naturellement ici le rôle prépondérant. Et de fait, nous retrouvons, notés dans toutes nos observations, des antécédents gonococciens, parfois multiples et plus ou moins négligés.

Est-ce à dire qu'il faille incriminer le gonocoque comme cause directe de la suppuration? C'est peu probable, et il faut plutôt invoquer des infections secondaires par le staphylocoque ou autres pyogènes, infections que rendent presque certaines les cathétérismes ou les séances de dilatation antérieures.

L'examen bactériologique n'est pas signalé dans nos observations, mais les caractères du pus, dans tous les cas, sont ceux d'un pus à staphylocoque.

Quant aux causes prédisposantes, nous ne croyons pas qu'il soit besoin d'en chercher d'autres que la disposition même du système lymphatique. La réaction

des troncs efférents de la prostate et consécutivement des ganglions iliaques externes n'a rien qui puisse nous surprendre. Pour la localisation sous-musculaire, on peut l'expliquer aussi par la présence à ce niveau d'un tissu cellulaire très lâche, presque une bourse séreuse, et on connaît bien les relations étroites qui unissent les bourses séreuses en général avec le système lymphatique.

CHAPITRE III

SYMPTOMES ET ÉVOLUTION

Il semble, *a priori*, que l'abcès sous-aponévrotique, la psoïte, devrait se distinguer de l'abcès sous-péritonéal, de l'adénophlegmon iliaque par l'atteinte du muscle et l'attitude consécutive du membre inférieur. Or, la flexion de la cuisse correspondante est notée dans l'observation de Loumeau. Elle est notée également dans la plupart des cas d'anénophlegmons iliaques consécutifs à des lésions du membre inférieur. Si Bazy ne la signale pas, c'est peut-être que son intervention fut très précoce, alors qu'il y avait encore peu de pus.

Si nous admettons ce signe commun, nous pouvons décrire une symptomatologie à peu près parallèle pour les deux variétés d'abcès.

Le début est la plupart du temps insidieux et pourra très facilement passer inaperçu chez un malade déjà fiévreux, le plus souvent alité. On pourra observer des douleurs spontanées soit dans la région inguinale, soit au niveau d'une fosse iliaque, soit encore à la région obturatrice. Presqu'en même temps la cuisse commencera à se fléchir, et si le malade n'est pas couché, la marche restera quelquefois possible avec une boiterie marquée, souvent elle sera impossible. L'exploration manuelle de la fosse iliaque donnera à ce moment peu

de renseignements ; un peu de douleur provoquée par la pression, peut-être une légère résistance de la paroi musculaire.

Les symptômes généraux sont souvent peu marqués à cette époque : la température peut s'élever de quelques dixièmes de degrés ; on peut observer quelques troubles digestifs.

A la période d'état qui ne tarde pas à s'établir, l'affection se révèle par un ensemble de signes locaux assez caractéristiques et par des signes généraux communs à toutes les suppurations.

Le malade éprouve des douleurs spontanées dont le maximum répond le plus souvent au pli de l'aîne. On peut noter des élancements sur le trajet des branches du plexus lombaire et du nerf crural jusque dans le genou.

La flexion de la cuisse s'exagère et devient permanente, atteignant ou dépassant même 45°. Cette flexion peut être directe, indifférente ; mais souvent elle s'accompagne d'abduction et de rotation interne. Si l'on essaye de corriger l'attitude vicieuse, on se heurte à une grande résistance ; on peut bien exagérer la flexion, l'adduction ou l'abduction ; mais toute tentative d'extension demeure vaine. Si l'on insiste, on provoque des douleurs très vives et le bassin se déplaçant par un mouvement de bascule, on obtient de l'ensellure lombaire.

Cette attitude n'est pas due à la contracture du psoas, car elle s'expliquerait mal dans les cas où le muscle est en grande partie détruit et où elle est cependant notée ; elle est probablement due à la contraction réflexe de

vigilance des muscles voisins, qui donne le relâchement le plus complet. Et ce fait explique qu'on note aussi l'attitude vicieuse dans les abcès sous-péritonéaux, avec intégrité anatomique du muscle sous-jacent.

La palpation large et profonde de la fosse iliaque réveillera en général de la douleur; la pression sera également douloureuse au niveau du pli de l'aîne et de la partie externe du triangle de Scarpa. Gangolphe a insisté sur la pression douloureuse au niveau du petit trochanter, comme signe excellent de psoïte vraie. Ce signe n'est noté dans aucune de nos observations. Enfin, on trouvera de l'empâtement de la fosse iliaque et assez tard de la fluctuation. Celle-ci pourra ne jamais être perçue dans les cas d'abcès profond.

Dans l'abcès sous-péritonéal, au contraire, le caractère principal de la tuméfaction est d'être en rapport intime avec l'arcade crurale et pour ainsi dire collée au ligament de Fallope. Ce caractère est très important et il semble qu'on ne le trouve pas avec cette netteté dans les collections purulentes intra-péritonéales.

Les téguments au niveau de la tuméfaction sont au début d'aspect normal, mais au bout de quelques jours ils prennent souvent un aspect œdémateux et parfois même deviennent un peu rosés.

Le toucher rectal renseignera d'abord sur l'état de la prostate. Pour l'abcès iliaque, il ne donnera pas de renseignements, à moins qu'il n'existe de la lymphangite intermédiaire comme dans le cas de Loumeau, ou que l'on ait affaire à un cas de fusée purulente.

Les symptômes généraux sont ceux de toute grande suppuration.

La fièvre s'allume ; la température s'élève à 39°, 40°, avec de faibles rémissions matinales. Le pouls est fréquent, battant à 100, 120 pulsations à la minute.

Le facies est terreux, parfois bronzé, comme il arrive chez les individus profondément infectés. On observe des sueurs abondantes, les urines sont rares, foncées, souvent albumineuses. On note fréquemment des frissons, de l'insomnie parfois, même du délire.

Les symptômes gastro-intestinaux sont plus ou moins accusés ; inappétence, diarrhée ou au contraire constipation opiniâtre, nausées, vomissements. Ces symptômes étaient exagérés dans le cas de Loumeau, probablement en raison des habitudes éthyliques du malade.

Lorsque l'abcès s'est collecté, si l'on n'intervient pas rapidement pour évacuer le pus, celui-ci tendra à se faire jour vers l'extérieur. La suppuration sous-péritonéale pointera vers l'aîne, amincissant les téguments et pourrait s'y ouvrir spontanément si on lui en laissait le temps. Elle pourra aussi cheminer dans l'espace sous-péritonéal, descendant ainsi dans le petit bassin, et la fusée purulente se fera alors en sens inverse, comme dans l'observation de Bazy. On conçoit la difficulté d'interprétation des faits de ce genre, si l'on n'a pas assisté au début des accidents et à l'évolution de l'abcès.

La suppuration sous-aponévrotique se propagera le long de la gaine du *psoas*, rarement vers le haut, le plus souvent vers le bas, venant faire saillie dans le triangle de Scarpa, à sa partie externe, ou même gagnant la face postérieure de la cuisse, jusqu'à l'insertion du muscle sur le petit trochanter.

CHAPITRE IV

PRONOSTIC ET COMPLICATIONS

Les complications locales observées dans les suppurations de la fosse iliaque de toute origine sont rares. Un traitement approprié les prévient en général.

On a observé quelque fois la rupture dans le péritoine et la mort par péritonite consécutive. On a vu aussi la mort survenir par ulcération des vaisseaux iliaques et hémorragie.

Une autre complication particulière aux abcès sous-aponévrotiques est la pénétration du pus dans l'articulation de la hanche ou l'inflammation secondaire de cette articulation avec arthrite purulente aiguë. Cette arthrite peut survenir directement, ou bien c'est par l'intermédiaire de la bourse séreuse du psoas d'abord enflammée que la grande synoviale articulaire est prise. La communication de cette bourse avec l'articulation est en effet fréquente. Cette arthrite secondaire est surtout à craindre dans les suppurations profondes sous-musculaires, la bourse du psoas étant presque toujours prise dans ces cas, en raison de son voisinage.

Une complication grave, qui amène le plus souvent la mort, c'est l'infection générale, la septicémie.

A en juger par nos quatre observations le pronostic des abcès iliaques d'origine prostatique devrait être très réservé, puisque nous avons deux cas de mort. Il semble en effet que ces abcès surviennent chez des individus plutôt âgés, porteurs de lésions suppuratives évoluant depuis longtemps : ces malades déjà profondément affaiblis sont sans défense en face de cette nouvelle suppuration et se cachectisent très rapidement. Un traitement même précoce peut rester sans résultat.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

Le diagnostic, pour être complet, doit comporter trois termes :

I. — Diagnostic de suppuration de la fosse iliaque, en dehors du péritoine.

II. — Diagnostic étiologique.

III. — Diagnostic topographique.

I. — Les principaux symptômes des abcès de la fosse iliaque sont : l'attitude vicieuse du membre inférieur, consistant en une flexion plus ou moins marquée de la cuisse, accompagnée le plus souvent d'abduction et de rotation en dehors, les mouvements d'extension étant seuls limités; les douleurs spontanées et provoquées, l'empatement et la tuméfaction de la fosse iliaque.

L'erreur la plus facile à commettre est de croire à un abcès péritonéal enkysté et en particulier à une appendicite. Mais dans ce cas la douleur a un siège plus élevé, plus abdominal, elle est souvent localisée par le malade à la région périombilicale. A l'examen physique, le

plastron appendiculaire est plus éloigné de l'arcade, plutôt allongé dans le sens vertical; enfin, il est rare qu'un abcès appendiculaire s'accompagne de flexion de la cuisse.

On pourra encore penser au début à une affection de la hanche, soit à une affection aiguë, soit à la coxalgie. Pourtant dans les cas d'arthrite aiguë suppurée de la hanche, le début est en général plus rapide et plus dramatique. Tous les mouvements de la hanche sont limités et non pas seulement les mouvements d'extension. Enfin la racine de la cuisse sera le siège d'une tuméfaction précoce.

C'est encore la limitation de tous les mouvements qui permettrait de s'arrêter au diagnostic de coxalgie. De plus il est rare qu'une arthrite tuberculeuse de la hanche aboutisse rapidement, en quelques jours à l'attitude de flexion, avec abduction et rotation externe

II. — En présence d'une tuméfaction iliaque, à siège extra-péritonéal, on doit de suite penser à l'adénophlegmon iliaque et en rechercher les causes. Nous savons que dans ces cas la porte d'entrée siège le plus souvent aux membres inférieurs. Il faudra donc rechercher avec soin s'il existe des lésions superficielles ou profondes de l'un de ces membres, en se souvenant que la porte d'entrée peut être minime, que la lymphangite peut manquer et l'adénite inguinale également.

C'est ensuite à la psoïte qu'il faudra songer, et puisque nous savons que la psoïte essentielle primitive est une exception, il faudra passer en revue les causes les plus fréquentes des psoïtes secondaires.

Dans le cas d'appendicite, les troubles digestifs et péritonéaux permettent en général de faire le diagnostic : vomissements alimentaires et bilieux, constipation, ballonnement du ventre.

Les antécédents du malade seront encore d'un précieux secours.

Il suffira de penser à l'ostéomyélite du bassin qui se distinguera facilement par des symptômes généraux graves, une douleur violente et des signes locaux assez accusés.

Il est un diagnostic auquel il faudra s'arrêter surtout et qu'on ne pourra le plus souvent éliminer d'une façon complète : c'est celui d'un phlegmon périnéphrétique ayant fusé par en bas, le long du psoas. La douleur dans ces cas est prédominante à la région lombaire et l'analyse des urines recueillies dans la vessie pourra donner des renseignements importants sur l'état du rein. Mais, nous le répétons, étant donné que nous avons affaire à de vieux urinaires, il sera souvent impossible cliniquement de conclure, surtout si le toucher rectal révèle l'intégrité absolue du tissu cellulaire du petit bassin.

C'est donc seulement après avoir soigneusement écarté toutes ces causes possibles, même chez un individu porteur de lésions prostatiques, qu'on pourra assigner à un abcès iliaque une origine prostatique.

III. L'existence de prolongements de la collection de la fosse iliaque à la cuisse, dans le triangle de Scarpa ou vers le petit trochanter, ou à la région lombaire, est un signe de certitude d'envahissement de la loge du muscle.

En l'absence de ces prolongements, le diagnostic nous semble très difficile à faire. L'attitude vicieuse du membre se retrouve, nous l'avons vu, dans les deux cas. C'est donc seulement à l'intervention, que ce diagnostic pourra, dans beaucoup de cas, être précisé.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

La thérapeutique médicale à employer au début, consistera dans l'immobilisation au lit, la jambe soutenue par un coussin, le sulfate de quinine et la caféine, si on a des signes d'infection générale profonde.

On devra aussi appliquer de grands pansements humides chauds, comme traitement résolutif. Mais dès que l'on peut penser qu'il existe du pus collecté, sans attendre la fluctuation, il faut intervenir pour inciser et drainer la collection.

Pour les abcès sous-péritonéaux, la voie iliaque est la seule qui convienne.

Pour les suppurations logées dans la gaine du muscle, on a quatre voies d'accès : la voie iliaque, la voie crurale, la voie lombaire, la voie transiliaque.

L'incision iliaque est celle de la ligature des vaisseaux iliaques (incision de A. Cooper). Elle est faite parallèlement à l'arcade de Fallope à 1 ou 2 millimètres au-dessus d'elle, un peu plus externe ou interne, suivant les indications fournies par les limites de la tuméfaction. On incise au bistouri la peau, les deux obliques et le trans-

verse, on décolle avec le doigt le fascia transversalis et le péritoine. Si l'abcès est profond, quelques coups de sonde cannelée, dirigés contre l'os, dilacèrent l'aponévrose et les fibres musculaires, permettant ainsi d'arriver jusqu'au foyer de suppuration.

L'incision crurale se fait immédiatement au-dessous de l'arcade de Fallope, à un travers de doigt en dehors de l'artère, parallèlement à elle. Un trocart ou une longue pince courbe introduit par l'incision iliaque préalablement faite faciliteront beaucoup la recherche de la collection et empêcheront de s'égarer dans les interstices musculaires. Gangolphe a préconisé une incision crurale postérieure au niveau du petit trochanter, dans les cas de diverticules postérieurs.

L'incision lombaire est à utiliser pour atteindre la partie supérieure du psoas, dans les cas où le pus aurait fusé en haut. Elle doit être faite en dehors de la masse sacro-lombaire, sur le bord même du muscle.

La voie transiliaque a été préconisée depuis longtemps par Ollier dans les suppurations iliaques. Gangolphe le premier l'utilisa pour la psoïte et Condamin donna pour lieu d'élection de la trépanation le milieu d'une ligne droite réunissant les deux épines iliaques supérieures. Ce point où l'os coxal est d'une grande minceur est aussi le plus déclive de la fosse iliaque dans la position couchée. Weiss préconise la trépanation sur le milieu d'une ligne unissant l'épine iliaque postéro-supérieure au sommet du grand trochanter; le point de Weiss correspond à une position relativement épaisse de l'os coxal, mais il convient assez bien aux abcès de la portion iliaque du muscle.

On a beaucoup discuté la question de savoir laquelle de ces voies d'accès doit être préférée. Comme souvent le siège exact de la suppuration restera douteux, le diagnostic de l'étendue du foyer difficile à établir, on pourra intervenir d'abord par la voie iliaque, qui permettra l'exploration du foyer, le cathétérisme de ses prolongements, et on établira ensuite les contre-ouvertures que l'on croira utiles pour le drainage. Il faudra surtout savoir prolonger les incisions, multiplier les débridements.

On placera de gros drains et il sera bon de pratiquer après l'opération de grands lavages antiseptiques qui seront répétés à chaque pansement jusqu'à ce que tarisse l'écoulement purulent.

Il va sans dire que les lésions prostatiques devront subir le traitement qu'elles comportent, et s'il existe un foyer de suppuration prostatique ou périprostatique, on devra l'inciser au plus tôt en bonne place. Le plus souvent on abordera la collection purulente par une incision périnéale ; pour les abcès postérieurs bombant vers la cavité rectale, l'incision à travers la paroi antérieure du rectum est une intervention facile et capable d'amener souvent la guérison.

Dans les cas où l'abcès iliaque serait en continuité avec le foyer périprostatique, il pourrait être avantageux de réunir par un drain l'incision iliaque à la plaie périnéale.

Si le malade n'est pas trop affaibli, s'il y a peu d'infection générale, et si le traitement a été précoce et hardi, la guérison pourra être obtenue après une assez longue période de suppuration.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I ⁽¹⁾

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé THÉVENOT)

L. G., 65 ans, entre à l'hôpital le 2 avril 1909 pour une tuméfaction périnéale.

Rien à noter dans les antécédents héréditaires. Le malade est célibataire et a eu en général une bonne santé.

A 41 ans, blennorrhagie soignée simplement par les dépuratifs.

A 43 ans, chancre sur la verge de nature douteuse ; pas d'accidents secondaires.

Quelque temps après le début de l'écoulement blennorrhagique, la miction nécessita des efforts et le jet se déforma. A ce moment, le malade eut une rétention complète d'urine qui dura une demi-journée. Un médecin pratiqua le sondage et fit un peu de dilatation. Dans la suite, le malade se procura des sondes en gomme et se sonda lui-même à plusieurs reprises.

Pendant ce temps, les urines étaient demeurées troubles, sans que les mictions fussent devenues plus nombreuses.

Il y a deux mois, le malade ressentit, en urinant, le besoin d'aller à la selle, et constata l'émission, par l'anus, de matières mélangées d'urine. Cela se renouvela plusieurs fois, et dans ces occasions, il remarqua à plusieurs reprises du sang dans ses matières.

(1) THÉVENOT. *Société de Chirurgie de Lyon*, 30 novembre 1911.

Il y a un mois environ, le malade constata par hasard une tumeur du volume d'une noisette au niveau du périnée. D'abord indolore, cette tuméfaction grossit jusqu'à devenir gênante, puis douloureuse.

A l'entrée. — Le malade ne souffre pas en urinant. Il ne se plaint que de quelques cuissos siégeant dans le canal urétral.

Les mictions sont fréquentes et peu abondantes, les urines sont troubles. Les phénomènes signalés ci-dessus du côté du rectum existent toujours.

A l'examen. — L'état général est un peu atteint. La température se maintient entre 38° et 39°, mais la langue est bonne.

Au périnée, on constate une tumeur très dure, allongée, non douloureuse à la palpation, avec téguments normaux. L'abdomen est souple, la vessie n'est pas distendue, les reins ne sont pas sentis.

Au toucher rectal, on sent une prostate très irrégulière, grosse avec des lobes qui remontent très haut. Sur la moitié gauche le doigt décèle un point induré qui entoure un orifice cratériforme.

4 mai 1909. — On fait des séances de dilatation et on passe actuellement le n° 16 : la tumeur périnéale a beaucoup diminué de volume.

12 juin 1909. — L'autopsie d'un cobaye inoculé donne un résultat négatif.

29 juin 1909. — Le malade se plaint d'avoir rejeté par le rectum environ 100 grammes d'une urine trouble.

21 juillet 1909. — Le malade sort de l'hôpital.

24 juin 1911. — Nouveau séjour.

Le malade subissait de temps en temps des séances de dilatation.

Il y a une huitaine de jours, il s'est mis à ne plus uriner qu'en mince filet, ou goutte à goutte. En même temps est apparue une grosse tuméfaction périnéale qui envahit rapidement les bourses. Actuellement, le scrotum présente l'aspect d'une tumeur de la grosseur d'un poing : il a une couleur rouge vif et une consistance de gelée tremblotante.

On incise le périnée sur la ligne médiane et on draine après avoir fait deux contre-ouvertures au niveau des bourses.

2 septembre 1911. — Il y a quelques jours, on a enlevé les drains et le malade va aussi bien que possible ; il s'alimente et l'état général s'améliore de jour en jour.

3 octobre 1911. — Le malade recommence à prendre de la fièvre et se plaint de souffrir dans la région obturatrice droite. La jambe se met en flexion, abduction et rotation en dehors, comme s'il s'agissait d'un psoïtis.

Au toucher, on sent toujours la fistule prostatorectale. La moitié droite de la cavité pelvienne est comblée par une masse indurée, un peu douloureuse à la pression.

La fosse iliaque droite est libre. Dans la région du triangle de Scarpa, au niveau de la zone de sortie des hernies obturatrices, douleur et induration. En dedans des vaisseaux fémoraux, deux ou trois ganglions, dont l'un de la grosseur d'une noisette, sont douloureux à la pression.

18 octobre 1911. — Les phénomènes ont persisté en s'aggravant et on ne peut plus essayer, même très doucement de ramener la cuisse vers la ligne médiane, car la douleur est intense. La température oscille entre 38° et 40°. L'état général décline rapidement.

Le ganglion signalé plus haut a doublé de volume et la palpation en est plus douloureuse, mais il est toujours de consistance dure, en dehors on note la présence d'une tuméfaction qui tend à la fluctuation.

Le malade succombe le 19 octobre.

Autopsie :

Reins. — Le rein droit est atteint de pyélo-néphrite ; il est augmenté de volume et irrégulier ; les calices et le bassinot ainsi que l'uretère sont dilatés, leur muqueuse est épaissée et congestionnée.

Le rein gauche est petit, sclérosé, avec à son pôle inférieur un kyste du volume d'une cerise.

Il n'y a rien dans l'atmosphère cellulo-graisseuse périrénale.

Prostate. — Elle est creusée de cavernes nombreuses, dont

quelques-unes s'ouvrent dans la vessie et constituent une véritable éponge purulente.

Elle est enlevée avec la portion avoisinante de la vessie et la paroi antérieure, du rectum, qui lui est du reste fortement adhérente. Un stylet permet de retrouver la fistule prostatorectale.

Enorme abcès occupant la face profonde du muscle iliaque, mais n'intéressant pas le corps musculaire lui-même, dont les insertions limitent sa périphérie. Il franchit le bord antérieur de l'os iliaque et se prolonge dans la bourse du psoas. Arrivé au petit trochanter, le pus contourne la face interne du fémur et s'engage dans les interstices des muscles de la loge postérieure de la cuisse.

Cet abcès, nettement délimité, n'a aucune communication apparente avec la prostate ou les abcès périméaux. On ne trouve aucune fusée, ni vers le trou obturateur, ni vers la grande échancrure sciatique, ni dans la région sous-pubienne, ni le long des vaisseaux hypogastriques. Il représente la tuméfaction signalée en dehors des vaisseaux fémoraux.

En dedans de ceux-ci on retrouve le gros ganglion perçu cliniquement ; il est ramolli, mais non suppuré.

OBSERVATION II (résumée)

(DESNOS. *Union médicale* 1888.)

M. M., 27 ans, vient consulter le 20 décembre 1887, pour une gêne douloureuse qu'il éprouve à la région périnéale et divers troubles de la miction.

Comme antécédents morbides, une fièvre typhoïde en juillet dernier, qui a guéri sans complications.

Du côté de l'appareil génito-urinaire, plusieurs blennorrhagies, plus ou moins bien soignées et auxquelles succéda de la prostatite chronique.

L'examen pratiqué le 28 décembre révèle un double rétrécissement de l'urèthre. La prostate est augmentée de volume,

inégale, un peu bosselée, la pression sur la glande est douloureuse. Les vésicules semblent saines.

L'exploration des reins et des uretères ne révèle rien d'anormal.

Les symptômes fonctionnels sont les suivants : la miction est douloureuse pendant toute sa durée, les urines sont troubles au moment de leur émission, laissant après repos un dépôt muco-purulent surmonté d'un liquide parfaitement limpide.

Le 3 janvier, on commence le traitement du double rétrécissement de l'urèthre par la dilatation progressive et on le continue les jours suivants.

Pendant ce temps s'installe un état fébrile avec de l'inappétence. Les mictions deviennent très douloureuses.

Le 8, on pratique l'uréthrotomie interne.

Température le matin, 37°8 ; le soir, 39°9.

Dans les journées du 10, 11, 12 janvier, on assiste au développement d'une prostatite aiguë ; la glande augmente de volume ; la pression en est très douloureuse ; la défécation est pénible, les mictions très pénibles également restent peu fréquentes. En même temps le malade accuse une douleur légère au-dessus de la région inguinale.

Pendant les jours suivants, régression assez sensible des phénomènes prostatiques : le volume de la glande diminue, la sensation de résistance diminue, la douleur est moindre au toucher et la miction moins pénible.

La douleur inguinale au contraire s'accroît et vers le 20 janvier on sent au-dessus de l'arcade crurale un empâtement profond mal limité, dont le maximum semble occuper le milieu de cette arcade. Le 25, malgré l'application de douze sangsues, la tuméfaction inguinale augmente et un frisson de dix minutes apparaît. Enfin, le 27, la fluctuation devient manifeste au centre de la tuméfaction.

Intervention le 28 janvier. Incision de 10 centimètres par-dessus de l'arcade et parallèlement à elle. L'aponévrose du grand oblique incisée, il jaillit du pus dont la quantité peut être évaluée à un verre. Les parois de la poche sont constituées en

dehors par celles de la fosse iliaque, en dedans, on ne découvre pas de prolongement profond. La cavité est lavée à la solution phéniquée forte, drainée et remplie de gaze iodoformée.

La température tombe le soir même à 38 et ne dépasse pas 37°5 les jours suivants.

La plaie se comble très régulièrement et est complètement fermée dix-sept jours après.

La résolution de l'inflammation prostatique suit son cours régulier. Peu à peu l'empâtement périphérique diminue et la glande présente de nouveau sa forme et son aspect normal.

Les mictions étaient encore un peu douloureuses, surtout lorsque le malade était resté longtemps assis, qu'il était constipé, ou qu'il s'exposait à une cause congestive quelconque. Un mois après ces phénomènes disparurent complètement.

OBSERVATION III

(BAZY. — *Mercredi Médical*, 1893).

M. M. est un vieillard de 67 ans auprès duquel je fus appelé en octobre 1890, pour des symptômes vésicaux très pénibles dont la véritable nature avait été méconnue et par le médecin traitant et par deux de nos collègues appelés en consultation. M. M..., ainsi que je pus le diagnostiquer avant toute exploration et m'en assurer ensuite était porteur d'un calcul vésical volumineux, phosphatique avec cystite intense. Je l'en débarrassai par la lithotritie en une séance, avec l'assistance de mes internes Lafourcade et Brézard. Les suites furent normales et apyrétiques et depuis M. M... a continué à se sonder régulièrement, mais non toujours aseptiquement, malgré mes recommandations. Quoi qu'il en soit, sa santé était toujours restée bonne jusqu'au 19 novembre dernier, où il vint me voir se plaignant d'avoir une légère douleur dans l'aîne et un peu du côté du testicule qui du reste était sain. Sa femme, au contraire, avait observé que son urine était moins belle que précédemment

et comme elle connaissait l'importance que j'attachais à l'état des urines, elle ne manquait pas de venir me le faire remarquer. Le cathéterisme était plus douloureux et de temps en temps plus difficile et amenait un peu de sang. Je jugeai une exploration opportune et je la fis le 21. Je constatai, après beaucoup de recherches, l'existence d'un petit calcul, ou plutôt d'une concrétion que je broyai et évacuai le 23.

L'urine redevint meilleure après le grand lavage que je fis à ce moment, mais la douleur augmenta du côté de l'aîne, l'état général devint moins bon, le malade dut s'aliter et le 25, en palpant la fosse iliaque avec soin, je pus, malgré l'épaisseur de la paroi abdominale, constater dans cette fosse iliaque l'existence d'une tuméfaction dure, renitente, douloureuse, bosselée, formée de petites tumeurs arrondies au nombre de trois ou quatre, de volume inégal et variant, autant qu'on pouvait en juger entre celui d'une petite noix et celui d'une grosse noisette. L'adénopathie iliaque n'était pas douteuse ; je me hâtai de pratiquer le toucher rectal, mais je ne constatai rien d'anormal par la palpation bimanuelle ni sur ou dans la prostate, ni sur les parties latérales, ni au niveau des vésicules séminales ; la pression de ces organes n'était même pas douloureuse. J'avoue que j'étais assez perplexe pour établir la cause de cette adénopathie ; mais en rapprochant de cette adénite les cathétérismes difficiles, sanguinolents, douloureux dans la traversée de la prostate, le trouble des urines, me souvenant que les cancers de la prostate donnent lieu à une adénopathie siégeant exactement au même point constatant d'autre part, l'absence absolue de toute autre lésion, soit du côté de l'abdomen ou de l'intestin, soit même du côté du membre inférieur, je n'hésitai pas à rattacher cette adénite à une lésion infectieuse, à un traumatisme de la prostate avec infection par la voie lymphatique.

Comme l'état général persistait assez mauvais, que le pouls oscillait toujours entre 96 et 104, quoique la température vespérale ne dépassât pas 37°7 (sauf un soir, la veille de l'opération, où elle monta à 38°), je surveillai le malade par crainte de la suppuration, et le 2 décembre, ayant constaté assez nettement la

fluctuation la veille, je fis avec l'aide de mon élève et ami, le D^r Marquézy une incision de 7 à 8 centimètres parallèle à l'arcade crurale, et après avoir traversé une notable couche de graisse, je tombai sur un foyer purulent très volumineux, d'où sortit une grande quantité de pus légèrement brun verdâtre, non odorant. Le doigt introduit dans le foyer s'enfonça profondément dans le petit bassin. Je plaçai deux gros drains et fis un lavage abondant à l'eau boriquée et phéniquée.

Le malade après avoir mis un certain temps à se relever, après avoir eu même un frisson assez violent avec état général grave dont le point de départ véritable m'a échappé en raison de la complexité des lésions, peut être aujourd'hui (5 février) considéré comme guéri ; il mange, il se lève, il ne garde qu'un petit trajet fistuleux qui ne tardera pas à s'oblitérer.

OBSERVATION IV (résumée)

(LOUMEAU, *Annales de la Polyclinique de Bordeaux*, 1899.)

Histoire du malade. — D., 54 ans, courtier en vins, atteint dans sa jeunesse de plusieurs blennorrhagies entretenues par des excès de toute sorte : coït, bonne table, alcoolisme.

Il y a six ans, première atteinte de prostatite aiguë qui dura plusieurs semaines et céda aux bains généraux et locaux, aux cataplasmes et aux émollients de toute nature appliqués à l'hypogastre, au périnée et par la voie rectale. Mais à partir de ce moment, le malade cessa d'avoir une bonne santé et présenta avec une faiblesse continuelle, des troubles digestifs assez accusés : inappétence, diarrhée à peu près constante, vomissements fréquents.

A un premier examen (mai 1899), on fit le diagnostic non douteux de rétrécissements multiples de l'urèthre et le diagnostic probable de prostatite subaiguë en voie peut-être de suppuration profonde, avec ralentissement sur le côté droit du tissu cellulaire pelvien.

On prescrit immédiatement des bains, des cataplasmes, des suppositoires calmants, des lavements très chauds et en même temps le repos le plus complet.

Evolution de la maladie. — Au bout d'une semaine, l'acuité des phénomènes dysuriques et douloureux est telle, que le malade ne peut dormir ni jour ni nuit et réclame un soulagement immédiat.

Cette sédation est obtenue à l'aide de huit sangsues appliquées au périnée et dont l'abondante évacuation sanguine amène un notable amendement dans l'intensité des accidents, mais au prix d'une grande déperdition de forces. Peu à peu, la marche, puis la station verticale, deviennent impossibles, et le malade, à partir du 15 juin, est condamné à garder le lit.

Aux besoins de plus en plus difficiles d'uriner et d'aller à la garde-robe fait suite, à dater du 25 juin, une rétention complète et permanente des urines et des matières fécales ; d'où l'obligation d'effectuer en moyenne toutes les quatre heures l'évacuation de la vessie avec une sonde de Nélaton n° 16, assez facilement introduite et celle du rectum avec un lavement donné tous les matins.

Les urines restent limpides, mais l'anorexie persiste avec la soif, l'insomnie, un malaise indéfinissable de l'abdomen, cependant négatif à mes explorations.

La température oscille entre 37° et 38°.

Le toucher rectal, toujours très pénible, ne révèle aucun point fluctuant du côté de la prostate qui, dans son ensemble, reste considérablement augmentée de volume.

Le 10 juillet, le malade accuse une violente douleur sur le trajet du cordon inguinal droit, qui est fortement augmenté de volume et très sensible à la pression ; des applications d'ongent mercuriel recouvert de cataplasmes émollients ont rapidement raison de ces accidents, mais bientôt, le 15 juillet, les symptômes non douteux d'un phlegmon profond de l'abdomen à localisation iliaque, se déclarent : douleur spontanée, douleur provoquée par la pression, résistance manifeste de la paroi musculaire à ce niveau, flexion instinctive de la cuisse correspondante.

En même temps, apparaît du météorisme abdominal, de la sécheresse de la langue, de la diarrhée noire et fétide, et peu à peu s'accuse un empâtement de la paroi antérieure de l'abdomen, avec prédominance évidente au-dessus de la partie moyenne de l'arcade crurale droite. C'est là que la douleur est la plus vive à la pression et que bombe une saillie en forme de boudin, parallèle et superposée au pli inguinal, saillie que recouvre une peau légèrement rosée et où les doigts perçoivent une sensation de résistance révélatrice d'une profonde et abondante collection.

Première intervention. — *Le 25 juillet*, incision iliaque. Un flot de pus phlegmoneux s'échappe de l'intestin qui donne issue à 1.500 grammes au moins de liquide purulent.

Dans la cavité ainsi évacuée puis lavée à l'eau bouillie, j'introduis profondément mon doigt qui pénètre librement en dehors et en haut vers la fosse iliaque et en dedans et en bas vers le pubis.

Deux gros drains sont assujettis dans ces deux directions et fixés à chacune des extrémités de mon incision.

A la suite de cette intervention, l'état local s'améliore, ainsi que la fonction urinaire qui arrive à s'exercer spontanément, mais l'état général va toujours en déclinant.

La température oscille de 37°2 à 38°3 ; le pouls de 110 à 120, la diarrhée persiste et le subdélire apparaît.

Le malade présente aussi du muguet.

Ces phénomènes vont toujours en s'aggravant, et en présence de l'infection septique qui menace d'emporter le malade à bref délai, on décide une double intervention, d'abord sur les foyers purulents, qui pourraient persister profondément dans la fosse iliaque, ensuite sur la prostate. Cette dernière est toujours volumineuse et dure, avec en deux ou trois points des sensations de dépressibilité fournies aux doigts introduits dans le rectum ; en outre, elle présente toujours sur son flanc droit un prolongement latéral qu'on ne peut suivre dans les profondeurs de l'excavation pelvienne.

Deuxième intervention. — *1^{er} septembre.* — On incise au-dessus et en dehors de l'incision primitive et on ne trouve pas de pus, ou très peu, dans la cavité.

La palpation du ventre, facilement pratiquée sous la résolution chloroformique, ne révèle aucune collection profonde. Devant la faiblesse de l'opéré, on remet l'intervention sur la prostate qui est faite le 4 septembre.

Taille prostatique. — Cette opération fait découvrir au milieu de l'induration de la glande, plusieurs points ramollis, gros comme des noyaux de cerises et qui ne peuvent être que de petits foyers isolés de suppuration prostatique.

A la suite de cette opération, dont le malade n'a pas eu conscience, l'infection a continué sa marche progressive, et la mort survient le 5 septembre au matin.

CONCLUSIONS

I. — Il existe au niveau de la fosse iliaque des abcès qui reconnaissent une origine prostatique.

II. — La suppuration peut siéger dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, et c'est le cas le plus fréquent ; elle peut aussi se loger dans la gaine du muscle psoas iliaque.

III. — Dans le premier cas, la suppuration se fait aux dépens des ganglions iliaques externes ; c'est un adéno-phlegmon iliaque. Dans le second elle est encore explicable par une infection lymphatique : c'est une psoïte par propagation.

IV. — Les symptômes se confondent avec ceux de ces affections : adéno-phlegmon iliaque et psoïte. Ils sont à peu près semblables dans les deux cas : attitude vicieuse du membre inférieur en flexion directe ou en flexion accompagnée d'abduction et de rotation externe : douleurs spontanées, douleurs provoquées, tuméfaction dans la fosse iliaque.

V. — Le diagnostic étiologique se fait en écartant les autres causes possibles d'abcès au niveau de la fosse iliaque, en particulier l'appendicite, et en se basant sur l'évolution concomitante de lésions prostatiques. Il est presque impossible cliniquement d'éliminer le phlegmon périnéphrétique.

VI. — Le traitement doit consister dans des débriements précoces et très larges.

VU :

Le Président de la Thèse,
ROCHET.

VU :

Le Doyen,
L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 1^{er} décembre 1911.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,
P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

1. BAZY. — Des abcès de la fosse iliaque (adénite iliaque) consécutifs à des lésions prostatiques. *Mercredi Médical*, 1893.
2. BONVOISIN. — Les adéno-phlegmons de la fosse iliaque. Thèses de Paris, 1909-1910.
3. BRAULT. — Contribution à l'étude des abcès de la fosse iliaque. *Revue de chirurgie* 1895.
4. CHASSAIGNAC. — Traité pratique de la suppuration et du drainage chirurgical. Paris, 1859.
5. CLERGET. — Contribution à l'étude de l'ilio-psoïte et recherches sur sa pathogénie. Thèses de Paris, 1908-1909.
6. CONDAMIN. — Trépanation du bassin comme traitement de la psoïte. Thèse de Lyon, 1888.
7. COURAUD. — Psoïtis et appendicite. Thèses de Lyon, 1894-95.
8. COUTEAUD. — Pelvipéritonite consécutive à un phlegmon prostatique. *Ann. des maladies des organes génito-urinaires*, 1907.
9. CUNÉO et MARCILE. — Topographie des ganglions ilio-pelviens. *Soc. an.*, déc. 1901.
10. DESNOS. — Phlegmon périprostatique. *Union Médicale*, 1888.
11. GANGOLPHE. — De la trépanation du bassin dans la psoïte suppurée. *Rev. de chirurgie*, 1889.
— De l'attitude du membre inférieur dans la psoïte suppurée. *Lyon Médical*, 1890.
12. GOULLIoud. — Sur les ostéites du bassin au point de vue de leur pathogénie et de leur traitement. Th. de Lyon, 1888.
13. LECOMTE. — Etude sur les ostéomyélites de la hanche avec abcès intra-pelviens. Th. de Paris, 1894.

14. LE DENTU et DELBET. — *Traité de chirurgie*. Articles : Psoïte, Prostatites.
15. LEJARS — Les phlegmons iliaques. *Semaine Médicale*, 1909.
16. LOUMEAU. — Phlegmon iliaque d'origine prostatique. *Ann. de la policlinique de Bordeaux*, 1899.
17. PASQUIER. — Contribution à l'étude clinique de l'ostéomyélite de l'os iliaque. Th. de Paris, 1900.
18. PETIT. — La psoïte. Th. de Paris, 1898-1899.
19. SEGOND. — Les abcès chauds de la prostate. Th. de Paris, 1880.
20. VERDUN. — La psoïte. *Gaz. des Hôpitaux*, 1909.
21. WEISS. — Etude sur la trépanation de l'os iliaque, appliquée au traitement de certaines lésions de la fosse iliaque interne. Th. de Paris, 1880.

